

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1923

THÈSE

No

151

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

H. DRAYTON

Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale de Paris

---

Le Syndrome pleuro-pulmonaire

DE

l'Éventration du Diaphragme

---

---

*Président de Thèse* : M. LE PROFESSEUR GILBERT

---

---

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

---

1923

1112

154

THÈSE  
POUR LE DOCTORAT  
EN MÉDECINE

154

THESE

POUR LE DOCTORAT

EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1923

---

THÈSE

N<sup>o</sup>

---

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

H. DRAYTON

Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale de Paris

---

Le Syndrome pleuro-pulmonaire

DE

l'Éventration du Diaphragme

---

---

*Président de Thèse :* M. LE PROFESSEUR GILBERT

---

---

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

---

1923

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie .....  
 Anatomie médico-chirurgicale .....  
 Physiologie .....  
 Physique médicale .....  
 Chimie organique et chimie générale.....  
 Bactériologie .....  
 Parasitologie et histoire naturelle médicale.....  
 Pathologie et thérapeutique générales.....  
 Pathologie médicale .....  
 Pathologie chirurgicale .....  
 Anatomie pathologique .....  
 Histologie .....  
 Pharmacologie et matière médicale.....  
 Thérapeutique .....  
 Hygiène .....  
 Médecine légale .....  
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....  
 Pathologie expérimentale et comparée.....

MM.  
 NICOLAS.  
 CUNéo.  
 RICHER.  
 André BROCA.  
 DESGREZ.  
 BEZANÇON.  
 BRUMPT.  
 Marcel LABBÉ.  
 N...  
 LECÈNE.  
 LETULLE.  
 PRENANT.  
 RICHAUD.  
 CARNOT.  
 Léon BERNARD.  
 BALTHAZARD.  
 MÉNÉTRIÉR.  
 ROGER.  
 ACHARD.  
 WIDAL.  
 GILBERT.  
 CHAUFFARD.  
 MARFAN.  
 NOBÉCOURT.

Clinique médicale .....  
 Hygiène et clinique de la première enfance.....  
 Clinique des maladies des enfants.....  
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .....  
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....  
 Clinique des maladies du système nerveux.....  
 Clinique des maladies contagieuses.....

CLAUDE.  
 JEANSELME.  
 P. MARIE.  
 TEISSIER.  
 DELBET.  
 LEJARS.  
 HARTMANN.  
 GOSSET.  
 DE LAPERSONNE.  
 LEGUEU.  
 BRINDEAU.  
 COUVELAIRE.  
 JEANNIN.  
 FAURE.  
 Auguste BROCA.  
 VAQUEZ.  
 SEBILLEAU.  
 DUVAL.  
 SERGENT.

Clinique chirurgicale .....  
 Clinique ophtalmologique .....  
 Clinique des maladies des voies urinaires.....  
 Clinique d'accouchements .....  
 Clinique gynécologique .....  
 Clinique chirurgicale infantile.....  
 Clinique thérapeutique .....  
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....  
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....  
 Clinique propédeutique.....

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.  
 ABRAMI.  
 ALGLAVE.  
 BASSET.  
 BAUDOUIN.  
 BLANCHETIÈRE  
 BRANCA.  
 CAMUS.  
 CHAMPY.  
 CHEVASSU.  
 GIRAY.  
 CLERC.  
 DEBRÉ.

DESMAREST.  
 DUVOIR.  
 FIESSINGER.  
 GARNIER.  
 GOUGEROT.  
 GRÉGOIRE.  
 GUENIOT.  
 GUILLAIN.  
 HEITZ-BOYER.  
 JOYEUX.  
 LABBÉ (H.).  
 LAIGNEL-LAVASTINE.  
 LANGLOIS.

LARDENNOIS.  
 LE LORIER.  
 LEMIERRE.  
 LEQUEUX.  
 LEREBoullet.  
 LERI.  
 LÉVY-SOLAL.  
 MATHIEU.  
 METZGER.  
 MOCQUOT.  
 MULON.  
 OKINCZYC.  
 PHILIBERT.

RATHERY.  
 RETTERER.  
 RIBIERRE.  
 ROUSSY.  
 ROUVIÈRE.  
 SCHWARTZ.  
 STROHL.  
 TANON.  
 TERRIEN.  
 TIFFENEAU.  
 VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA FEMME

---

A MES ENFANTS

---

A MES PARENTS

En témoignage de vive affection et de  
profonde reconnaissance.

---

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT,  
Commandeur de la Légion d'Honneur,  
Membre de l'Académie de Médecine,  
Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu.

En le remerciant du grand honneur  
qu'il nous fait en voulant bien pré-  
sider cette thèse.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE PARIS

---

A MES MAITRES

DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE PARIS

---

AU DOCTEUR CAUSSADE,

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

En témoignage de ma sincère et bien  
respectueuse affection.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## INTRODUCTION

---

La communication faite à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris par MM. Louste et Fatou a attiré l'attention du monde médical sur une affection très anciennement connue sous le nom d'éventration du diaphragme.

Au début de cette année, le hasard m'a permis d'observer, dans le service du Docteur Caussade à l'Hôtel-Dieu, deux cas typiques d'éventration diaphragmatique gauche chez deux hommes atteints de tuberculose pulmonaire. Ayant dépouillé environ 120 observations, provenant de France ou de l'étranger, que MM. Louste et Fatou ont mis à notre disposition, nous avons été frappés par la fréquence des manifestations pleuro-pulmonaires observées chez ces malades.

Cette constatation légitime le choix de notre sujet de thèse. Nous nous cantonnerons dans l'étude des symptômes et complications pleuro-pulmonaires au cours de l'éventration du diaphragme. Nous montrerons leur intérêt au point de vue pathogénique et diagnostique.

---

## Généralités sur l'éventration du diaphragme

---

L'éventration diaphragmatique est la situation permanente anormalement élevée du diaphragme dégénéré ou aminci, mais nulle part rompu, coiffant les organes abdominaux en ectopie intra-thoracique.

De l'étiologie nous retiendrons que c'est une affection plus fréquente chez l'homme que chez la femme, siégeant généralement du côté gauche (95 % des cas à gauche environ). Lorsque nous dirons dans le texte éventration diaphragmatique, sans autre précision, nous ferons toujours allusion à l'éventration diaphragmatique gauche qui est habituelle, celle de l'hémi-diaphragme droit se distinguant du syndrome si particulier de l'éventration gauche par l'absence de la dextrocardie.

L'évolution de l'éventration diaphragmatique est essentiellement chronique, se séparant par ce caractère de la hernie diaphragmatique entrecoupée fréquemment d'accidents d'étranglement. Il sera plus difficile toutefois de la distinguer des formes dites « médicales » de la hernie diaphragmatique.

MM. Louste et Fatou distinguent trois types cli-

niques, suivant la prédominance de tel ou tel syndrome :

1° Le type cardiaque, lorsque la dextrocardie seule retient l'attention.

2° Le type dyspeptique, qui se manifeste par des troubles digestifs variables d'un sujet à l'autre, douleurs, suffocation ou soulagement post-prandial (formes aéro-gastrique, aéro-colique, dysphasique, forme simulant l'ulcus, formes associées à l'ulcus, au cancer gastrique, etc.).

3° Le type pleuro-pulmonaire, qui nous occupera seul ici, dans lequel prédominent les accidents dyspnéiques et pleuro-pulmonaires (formes simulant la pleurésie de la base gauche ou l'hydro-pneumothorax, forme pseudo-caverneux, forme pseudo-tuberculeux, formes associées à la tuberculose pulmonaire).

Qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte, on trouve toujours à l'examen de l'hémithorax correspondant à l'éventration, un syndrome pulmonaire anormal qui explique pourquoi ces malades ont été généralement considérés soit comme des bronchiteux, des pleurétiques et, le plus souvent, comme des tuberculeux.

Chez l'enfant, les signes respiratoires et digestifs prédominent, la cyanose est constante, la dyspnée est fréquente et progressive. Le malade de Stein (Obs. 13) avait de la tachypnée, de la cyanose et des convulsions lors des prises de lait. L'hémithorax gauche était tympanique à la percussion, et l'auscultation faisait entendre des bruits de gargouillement. L'abolition du murmure vésiculaire était com-

plète dans toute l'étendue du poumon gauche. L'autopsie montra que le lobe inférieur du poumon droit avait seul respiré, le poumon gauche était resté à l'état fœtal. Qu'il ne s'agissait pas d'un pneumothorax mais bien d'une éventration diaphragmatique.

Dans le cas rapporté par MM. Papillon et Pichon, on constatait à l'inspection une dépression thoracique très accusée à droite au-dessous du mamelon. Même dépression mais moins accusée à gauche. A chaque inspiration, ces dépressions se creusaient en même temps que la région xyphoïdienne se déprimait. Il y avait tirage thoraco-abdominale, de la matité franche au-dessous du mamelon droit, de la submatité au-dessus. En arrière, la percussion du côté droit décelait une matité de la base remontant jusqu'à la cinquième dorsale et submatité au-dessus. Dans cette zone submate, absence complète du murmure vésiculaire, gros souffle tubaire à timbre aigu. L'examen anatomique montra qu'il ne s'agissait pas d'une pleurésie de la base droite mais d'une éventration diaphragmatique droite. Le foie était en dôme de locomotive, le diaphragme dégénéré remontait à la troisième côte. Le poumon droit deux fois plus petit que le gauche avait conservé sa disposition normale à trois lobes.

Chez l'enfant, de même que chez l'adulte, l'éventration du diaphragme n'entraîne pas par elle-même une échéance fatale. La mort est généralement le fait d'une complication pulmonaire. Elle est survenue dans une crise de suffocation (malades de Boulland et Stein), à

la suite d'une broncho-pneumonie (malade de Papillon-Pichon).

Chez l'adulte, la symptomatologie est variable, les uns se présentent soit comme des asthmatiques avec dyspnée et accès de suffocation (Obs. de J.-L. Petit), soit comme des pleurétiques avec dyspnée, douleurs thoraciques, matité de l'hémithorax, abolition complète ou diminution du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques. L'erreur de diagnostic fut commise par Beltz (Obs. 10) dont la malade, considérée à tort comme pleurétique, fut ponctionnée plusieurs fois sans résultat.

D'autres présentent un syndrome pneumothoracique avec sonorité tympanique, abolition du murmure vésiculaire, voire même un bruit bulleux à timbre métallique (Obs. de Cuendet). L'illusion peut-être accrue par la possibilité d'une succession hippocratique (Obs. de Niedeumann).

Quelques malades enfin sont considérés à tort comme tuberculeux. Celui de Fatou-Lafourcade fut réformé comme tel. On constatait cliniquement chez ce malade, outre sa dextrocardie, une dyspnée intense, de la sonorité sous le mamelon gauche, du tympanisme dans l'aisselle gauche. Une respiration affaiblie à la base gauche, en arrière et dans l'aisselle, des bruits gastriques dans l'auscultation à ce niveau. Pas de bacilles dans les crachats. Du fait de la dextrocardie qui semblait remonter à l'enfance, on pensa à l'existence possible d'une éventration diaphragmatique gauche. L'examen radioscopique confirma le dia-

gnostic d'éventration. Il y avait dextrocardie, les poches à air, gastrique et colique, étaient sous une ligne arquée partageant l'hémithorax à la hauteur de la base du cœur (3<sup>e</sup> côté gauche). Les mouvements respiratoires étaient de sens normal et il n'y avait pas la moindre obscurité des plages pulmonaires.

Les signes fonctionnels de l'éventration diaphragmatique sont inconstants. On note généralement de la dyspnée qui augmente par la réplétion gastrique chez certains sujets alors que d'autres accusent un soulagement réel après les repas. Le malade dont l'observation est rapportée par J.-L. Petit, avait son pseudo-asthme soulagé dès qu'il avait mangé. Signalons en passant que quelques malades ne peuvent pas se coucher sur le côté sain.

Les signes subjectifs se résument en oppression, points de côté, des sensations vaguement douloureuses dans l'hémithorax irradiant vers l'hypocondre. L'inspection montre parfois une déformation thoracique, le ventre est généralement plat. Les malades présentent une respiration à type abdominal ou costal supérieur. La palpation montre presque toujours une diminution ou une abolition des vibrations thoraciques. A la percussion, on obtient des signes variables d'un sujet à l'autre. Chez les uns il y a tympanisme, chez d'autres on trouvera de la matité ou de la submatité. L'auscultation fait entendre le plus souvent une diminution du murmure vésiculaire. D'autre part, si on ausculte ces malades pendant qu'ils boivent, on percevra toujours au niveau de la partie moyenne de

l'hémithorax gauche, des gargouillements et des bruits hydro-aériques provenant de l'estomac en ectopie intra-thoracique.

Comme signes généraux, on note surtout de la faiblesse et de l'amaigrissement.

### ÉVOLUTION

Une notion importante à retenir, c'est que l'événtration du diaphragme est avant tout une affection à allure chronique ne se révélant que par ses complications.

### COMPLICATIONS

*Complications.* — L'événtration du diaphragme entraîne presque toujours des complications pleuro-pulmonaires qui peuvent être aiguës ou chroniques.

Comme complication aiguë, nous signalerons en premier lieu la pneumonie qui est d'une extrême gravité. Le début est brusque, ordinairement par un frisson bientôt suivi de point de côté, de fièvre, de toux avec oppression, de courbature et de céphalalgie. Le râle crépitant, le souffle tubaire, la matité, l'exagération des vibrations vocales sont les signes stéthoscopiques. L'évolution est rapide et le pronostic toujours mortel chez ces malades qui déjà, à l'état normal, ne respirent convenablement que par un poumon, l'autre étant ou malformé (nanisme), ou comprimé si on admet l'événtration acquise. Les malades de Lawrence, Howard Marsh, Krœnig et Tennant, dont les observations sont rapportées plus loin, moururent très rapidement.

La tare pulmonaire explique la fréquence des bronchites observées chez ces malades. La moindre imprudence, un écart brusque de température devient prétexte à bronchite. La toux est pénible, quinteuse, persistante. L'expectoration est visqueuse, adhérente, muco-purulente, très abondante. L'auscultation fait entendre des râles muqueux, sibilants et ronflants dans toute l'étendue du poumon. Le passage à l'état chronique, après quelques poussées bronchitiques, est constant chez ces sujets, avec tout son cortège de complications (dilatation des cavités droites du cœur, tuberculisation secondaire, etc.).

En dehors des cas où le syndrome pseudo-pleurétique fait découvrir une éventration jusque-là latente, il semble, d'après certaines observations, qu'une pleurésie effective constatée par ponction peut précéder une éventration. (Ce sont ces cas que Savy a étudiés sous le nom de gastro-thorax post-pleurétique). Nous croyons, et nous discutons cette hypothèse au chapitre « Pathogénie », que l'éventration précède en réalité la pleurésie. Quoiqu'il en soit, la pleurésie existait réellement dans les cas de Vidor-Revez-Ichok, Weil, Kœniger. Il y avait dyspnée, douleurs thoraciques, immobilité relative de la paroi. On trouvait de la matité à la percussion en arrière, du skodisme sous-claviculaire, une abolition complète du murmure vésiculaire, etc. Mais tous ces signes, y compris la dextrocardie constatée dans tous les cas, pouvaient il est vrai venir d'une éventration du diaphragme tout autant qu'à un épanchement pleural. Abandonné à lui-même, l'épan-

chement s'est résorbé spontanément dans les cas favorables, mais on a été étonné de constater chez quelques sujets, plusieurs mois après leur pleurésie, des signes physiques et stéthoscopiques qui font croire à la présence d'une masse liquide au niveau de la base gauche. On pense à une nouvelle pleurésie mais l'examen radiologique montre l'absence complète de tout épanchement au niveau de la séreuse pleurale. Un examen fait avant la pleurésie de ces malades aurait permis de constater déjà ce syndrome qui n'est autre que le syndrome pseudo-pleurétique auquel il a été fait allusion dans notre premier chapitre.

La tuberculose pulmonaire est une complication précoce ou tardive de l'éventration du diaphragme.

Elle est inévitable et d'un mauvais pronostic. Nous rapportons une dizaine d'observations où la mort est survenue du fait de cette complication. La lésion est unilatérale (cas le plus fréquent) ou bilatérale (malade de Caussade-Fatou). La fréquence de la tuberculose est due à une ventilation pulmonaire insuffisante. L'examen anatomique montre presque toujours en effet un poumon gauche nain ou malformé. Le malade de Lawrence avait le poumon gauche réduit à la dimension du poing, il était moitié moins développé que le droit (malade de Motzfeldt), le lobe inférieur était réduit (malade de Thoma). Le poumon était trilobé chez les malades de Doering, Motzfeldt, Papillon-Pichon, Fatou-Surmon. Il y avait malformation et hypoplasie chez le malade de Sailer et Rhein. Atélectasie du lobe inférieur (malade de Samoja). Parfois le

lobe inférieur seul était malformé, réduit à une languette mince fortement déplacée en haut et vers la droite. La bronche gauche était très réduite chez le malade de Doering. Un de nos malades avait une tuberculose pulmonaire double se manifestant par des crachats purulents, de la dyspnée d'efforts, une fièvre modérée. Il y avait de la matité et un souffle caverneux aux deux sommets; silence respiratoire des deux tiers inférieurs du poumon gauche. La radioscopie montrait une condensation pulmonaire tuberculeuse bilatérale. Le poumon gauche n'occupait que le tiers supérieur de l'hémithorax; au-dessous, la coupole diaphragmatique arrivait à la hauteur de la troisième côte contenant dans sa concavité l'estomac et l'angle colique gauche.

La tuberculose, pour ces malades plus que pour tout autre, est une affection fort grave, rapidement mortelle surtout lorsque la lésion pulmonaire siège au niveau du poumon droit qui seul respire convenablement chez eux.

Le malade de J.L. Petit est mort d'une pleuro-péritonite tuberculeuse. Celui de Louste et Fatou de pleuro-péricardite. Signalons que le petit malade de Papillon-Pichon a succombé à une tuberculose ganglio-pulmonaire constatée anatomiquement.

---

## DIAGNOSTIC .

---

L'éventration du diaphragme est presque toujours une trouvaille radiologique ou nécropsique. Cette affection donne lieu, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, à tout un ensemble de signes localisés généralement à la base gauche pouvant faire croire à l'existence d'une pleurésie, d'un hydro-pneumothorax ou d'une tuberculose pulmonaire. L'erreur de diagnostic est d'autant plus inévitable qu'on ne pense jamais à l'éventration diaphragmatique.

Il est difficile de différencier le syndrome pseudo-pleurétique de l'éventration de la pleurésie réelle de la base gauche. On trouve, dans les deux cas, de la dyspnée, des douleurs thoraciques, de la matité à la percussion, l'abolition ou la diminution des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire. Rappelons que l'erreur de diagnostic fut commise par Beltz qui ponctionna plusieurs fois sa malade sans résultat. Cette erreur peut être cause d'accidents graves, l'estomac pouvant être perforé au cours d'une ponction exploratrice ou évacuatrice.

Lorsque l'éventration du diaphragme est en cause,

il y a toujours dextrocardie, absence de souffle pleurétique. L'espace de Traube, généralement mat dans les pleurésies de la base gauche s'accompagnant de dextrocardie, est tympanique en cas d'éventration diaphragmatique.

La même difficulté de diagnostic se présente lorsqu'il s'agit de différencier le syndrome pneumothoracique de l'éventration, du pneumothorax ou de l'hydro-pneumothorax vraie de la base gauche. On note dans les deux cas de la sonorité tympanique, du silence respiratoire, de l'abolition du murmure vésiculaire. On peut entendre dans l'éventration un bruit bulleux à timbre métallique, parfois même de la succession hippocratique (cas de Wiedeummann). La dextrocardie fera penser à l'existence possible d'une éventration, mais seul l'examen radiologique apportera l'élément de certitude.

Souvent, nous l'avons vu, ces malades sont considérés comme tuberculeux. Ils ont de la dyspnée, des bronchites répétées chaque hiver, un amaigrissement notable. La percussion décèle une submatité de l'hémi-thorax, l'auscultation laisse entendre de l'obscurité ou de l'affaiblissement du murmure vésiculaire. Des bruits gastriques peuvent donner l'illusion de gargouillement et du souffle caverneux mais l'état général reste satisfaisant. En dehors d'un malaise banal, le malade n'est pas fébrile. On ne trouve jamais de bacilles de Koch dans les crachats de ces malades mais, par contre, ils ont toujours une dextrocardie marquée qui doit éveiller l'attention du clinicien.

L'examen radiologique, en montrant l'absence d'obscurité pulmonaire, la surélévation du diaphragme coiffant les organes abdominaux en ectopie intrathoracique, tranchera la question en faveur de l'éventration diaphragmatique.

En résumé, on soupçonnera cliniquement l'éventration du diaphragme toutes les fois qu'un adulte, atteint de troubles respiratoires, présentera un syndrome anormal de la base gauche accompagné de dextrocardie. L'examen radiologique est le seul moyen qui autorise à faire le diagnostic de certitude (Fatou-Lucy).

---

## TRAITEMENT

---

Tout malade atteint d'éventration du diaphragme doit être considéré comme un prétuberculeux et traité comme tel.

Le traitement sera avant tout hygiénique et diététique. Il consistera en somme à placer les malades dans les conditions physiques et physiologiques précisément inverses de celles qui prédisposent à la tuberculose.

La cure intégrale comprendra donc : le repos, l'air pur, l'alimentation.

Le repos sera relatif avec exercice modéré, méthodiquement réglé. La gymnastique respiratoire trouve tous ses droits chez ces malades. On enseignera à ces sujets à inspirer lentement et profondément, à expirer complètement.

Trois exercices sont particulièrement recommandables chez eux :

1° Le mouvement de respiration avec adduction des bras et élévation sur la pointe des pieds.

2° Le mouvement de respiration dans la station debout avec rotation des membres inférieurs en dehors.

3° Les exercices de flexion en avant du tronc afin de renforcer la puissance du diaphragme.

La cure d'air sera diurne et nocturne. Son principe essentiel sera l'aération continue : vie en plein air dans la journée, sommeil la fenêtre ouverte la nuit. Ils devront surtout éviter le froid humide, les brouillards, le vent et les perturbations atmosphériques. Ces malades se trouveront toujours bien de la cure d'altitude moyenne.

Une alimentation substantielle sera la base fondamentale du traitement.

Wood a proposé, en 1916, de faire une thoracotomie à ces malades. Elle permettrait l'incision suivie de suture après adossement, ou la plicature simple de la coupole diaphragmatique éventrée. Cette opération serait parfaite s'il s'agissait d'un poumon susceptible de récupérer une taille et un fonctionnement normal, ce qui n'est pas le cas. La thoracotomie peut créer, en outre, des troubles circulatoires ou réflexes provenant du retour brusque des organes à la normale. L'intervention par voie abdominale, visant à réséquer les organes digestifs dilatés (poches à air gastrique et colique), serait moins dangereuse. Par cette voie, Lerche a pu, chez sa malade, plicaturer le diaphragme avec un bon résultat fonctionnel.

---

## PATHOGÉNIE

---

Tous les observateurs sont d'accord pour admettre comme origine de l'éventration un affaiblissement du diaphragme. Cet affaiblissement peut être congénital ou acquis et, à ce point de vue, les opinions divergent.

J.-L. Petit, Tennant, Wiedeumann, Ichok, Louste et Fatou soutiennent l'origine congénitale.

Carnot et Friedel, dans une observation de mégacolon avec éventration du diaphragme et dextrocardie, admettent également l'origine congénitale.

Pour Hoffmann, Dubus et Merlin, l'éventration serait due à l'atonie congénitale du diaphragme forcé peu à peu par un état continu de distension gastrique.

Cueudet émet l'idée que certaines éventrations du diaphragme ne sont qu'un épisode d'atrophie musculaire progressive. P. Krause et Meinicke auraient vu plusieurs cas d'atrophie du diaphragme au cours d'une épidémie de poliomyélite aiguë en Westphalie (1909).

Plusieurs auteurs invoquent comme point de départ de l'éventration : la blessure ou l'altération du nerf phrénique; des pleurésies anciennes entraînant l'iner-

tie du diaphragme; de la pleurite tuberculeuse ayant provoqué par contiguité une myosite progressive du diaphragme et son atonie secondaire. Bouchut admet comme cause possible l'ulcus rencontré trois fois sur quatre cas d'éventration. Enfin, pour Savy, la tuberculose pleuro-pulmonaire, si fréquente dans les cas publiés d'éventration diaphragmatique, doit être considérée non comme une complication de cette affection mais comme étant la cause déterminante. En parcourant les observations publiées, nous constatons que chez le malade de Motzfeld, on trouvait une dégénérescence du nerf phrénique gauche semblant expliquer l'atonie de l'hémidiaphragme correspondant, mais en même temps il existait une malformation congénitale du poumon gauche qui était trilobé.

Chez un de nos malades, le nerf phrénique gauche avait bien un calibre réduit, mais là encore existait la même malformation congénitale du poumon gauche. D'ailleurs le malade de Tennant et bien d'autres n'avaient aucune altération de leur nerf phrénique.

Une pleurésie ancienne, même avec de multiples adhérences, n'explique pas la triade anatomique qui seul légitime le terme d'éventration du diaphragme (nanisme pulmonaire, dextrocardie et surélévation du diaphragme).

Si le déplacement du cœur est à peu près de règle dans les épanchements pleurétiques gauches assez abondants, il se fait en masse mais jamais cet organe n'est renversé sur son axe, jamais la pointe ne bat à

droite, jamais elle ne dépasse la ligne médiane (Jeaugeas).

Or, dans les observations que nous rapportons, la dextrocardie de la pointe existe dans tous les cas.

A la percussion, l'air cardiaque était franchement déplacé à droite chez un de nos malades. Le bord gauche du cœur était vertical derrière le bord gauche du sternum. Le bord droit était oblique et allait de l'extrémité interne du deuxième espace intercostal au mamelon droit. La matité cardiaque débordait ainsi de 7 centimètres à droite la ligne médiane. On percevait à l'auscultation et à la palpation les battements de la pointe dans l'extrémité interne des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> espaces droits.

Les bruits étaient perçus au maximum sur une ligne tirée de l'appendice xyphoïde au mamelon droit. Nous ferons remarquer de plus que dans aucune de nos observations le diaphragme n'était forcé. La courbure, bien que très accentuée, était toujours régulière. Nous ralliant à l'opinion de MM. Louste et Fatou, nous pensons que l'éventration acquise existe indiscutablement, mais que dans la plupart des cas elle est d'origine congénitale.

Constatée chez le nouveau-né ou chez l'enfant (observations de Boulland, Stein, Papillon-Pichon), elle se révèle plus souvent tardivement chez l'adulte à l'occasion d'une affection intercurrente, telle : la tuberculose pleuro-pulmonaire, la pneumonie, la pleurésie, l'aérophagie, l'ulcus gastrique, etc.).

Les constatations nécropsiques tendent à confirmer

la justesse de cette hypothèse, il n'est pas exceptionnel en effet de relever chez ces malades l'existence d'autres malformations (poumon nain, trilobé, ectopie testiculaire, bec de lièvre, scoliose, hypospadias, etc.) témoins de la nature congénitale de l'éventration.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

(J. L. Petit, 1774.)

La seconde hernie du diaphragme (1) que j'ai vue ne me paraît guère pouvoir être attribuée qu'au vice de la première conformation. Cette hernie était du côté gauche, et mes confrères m'ont assuré que toutes celles qu'ils avaient vues étaient du même côté, ce qui me porterait à croire que la partie convexe du foie défend mieux le côté droit du diaphragme que le gauche ne l'est par les viscères qu'il contient. Cette seconde hernie était bien plus considérable que la première, l'estomac s'y engageait bien plus avant, et entraînait par conséquent avec lui une plus grande partie du côlon avec l'épiploon tout entier. Le malade qui fait le sujet de cette observation avait été pendant longtemps attaqué d'un prétendu asthme soulagé dès qu'il avait mangé. Le malade étant mort d'une inflammation de ventre, l'autopsie est faite. Comme ceux qui le croyaient asthmatique avaient pris cette inflammation de ventre pour une hydropisie thoracique, on commença l'ouverture par la poitrine et on ne trouva que très peu d'eau avec une tumeur de la gros-

(1) Remarque : Il s'agissait d'une éventration du diaphragme, terme créé par Cruveilhier en 1884.

seur d'une petite courge collée au poumon par une lymphe épaissie. Tout le bas-ventre était enflammé, les parties renfermées dans la hernie se trouvèrent collées les unes aux autres, et toutes ensemble avec la surface interne du sac qui les contenait. Quant au sac, ayant porté ma main dedans, et l'ayant même renversé, je reconnus qu'il n'était autre chose que la prolongation du péritoine, du diaphragme et la plèvre ensemble, sans aucune rupture dans les membranes, ni aucun écartement dans les fibres musculaires et tendineuses du diaphragme.

## OBSERVATION II

(Boullaud, 1846.)

Nouveau-né ayant vécu quatre mois. Dyspnée progressive, cyanure, dextrocardie. Mort de suffocation.

Autopsie. — On trouve un sac gros comme un cœur d'adulte, constitué par les deux séreuses plèvre et péritoine accolées, mais où l'on distingue entre elles quelques ramifications veineuses et, dans la partie droite, des fibres musculaires émanées du pilier gauche.

## OBSERVATION III

(Lawrence, 1852.)

H..., 33 ans. Foie abaissé dans la région lombaire droite. Eventration diaphragmatique gauche. Mort de pneumonie double.

Autopsie. — Diaphragme gauche atteignant la 2<sup>e</sup> côte formant sac contenant l'estomac très dilaté. Le poumon gauche était réduit à la dimension du poing.

#### OBSERVATION IV

(Howard Marsh, 1867.)

H..., adulte. Essoufflement, douleurs dans le côté gauche (on croit à un anévrisme). Eventration diaphragmatique gauche. Mort d'une pneumonie double.

Autopsie. — Coupole gauche au 3<sup>e</sup> espace, contenant l'estomac très large. Au microscope disparition presque totale des fibres musculaires qui sont clairsemées rayonnant du centre phrénique. Pas d'autres anomalies musculaires.

#### OBSERVATION V

(Tennant, 1894.)

H..., 60 ans. Syphilis, psoriasis, dextrocardie. Mort de pneumonie.

Autopsie. — L'axité des deux tiers postérieurs du diaphragme gauche refoulé jusqu'au 2<sup>e</sup> espace contenant estomac dilaté et une partie du côlon. Fibres musculaires rares, clairsemées, nerf phrénique gauche intact. Lésion congénitale pour Tennant.

#### OBSERVATION VI

(Wiedenmann, 1901.)

H..., 48 ans, avait eu quatre attaques de « pleurésie ». Dernière attaque avec gastrorragie profuse, nécessitant l'hospitalisation. A gauche, de la 2<sup>e</sup> à la 4<sup>e</sup> côte, hyper-sonorité, au-dessous tympanisme. En arrière thympanisme au-dessous de l'angle de l'omoplate. Dans toute la zone tympanique, bruits respiratoires remplacés par bruits intestinaux. Percussion hippocratique.

Rayons X. — Diaphragme surélevé se mouvant avec la respiration. (Les mêmes constatations avaient été faites sur ce malade à l'âge de 22 ans.)

### OBSERVATION VII

(Sailer et Rhein, 1905.)

H..., 20 ans. Hérité nerveuse, convulsions infantiles, épilepsie typique depuis. Admis pour fièvre typhoïde avec hémorragies. Mort.

Signes physiques : tympanisme côté gauche de la poitrine, dextrocardie.

Radio post-mortem : pneumothorax, hernie diaphragmatique ou excavation pulmonaire ?

Autopsie. — Malformation et hypoplasie congénitale du poumon gauche. Ascension du diaphragme gauche au 3<sup>e</sup> espace contenant estomac, queue du pancréas verticale.

Microscope : présence des fibres musculaires du diaphragme.

### OBSERVATION VIII

(Koeniger, 1909.)

F..., 27 ans. Basedow, fièvre modérée. Douleurs de l'hémithorax gauche. Diagnostic porté : pleurésie. Mais tympanisme au-dessous de la 2<sup>e</sup> gauche et dextrocardie.

Radio : Eventration du diaphragme. Flot gastrique visible.

Le diaphragme gauche paraît s'abaisser dans l'inspiration; en réalité ce sont les côtes qui s'élèvent.

### OBSERVATION IX

(Belz, 1910.)

H..., 70 ans. Troubles gastriques, douleurs de l'hémi-thorax gauche faisant songer à un cancer gastrique. Dyspnée et palpitations du cœur.

Radio : Cœur dévié à droite. Coupole diaphragmatique gauche surélevée, mouvements respiratoires de sens normal mais diminués du côté gauche.

### OBSERVATION X

(Krœnig.)

H..., 58 ans. Mort de pneumonie. Le diagnostic était dextrocardie.

Autopsie. — Poumon gauche refoulé en haut et à droite. Lobe supérieur en avant de l'inférieur.

### OBSERVATION XI

(Motzfeldt, 1913.)

F..., 41 ans. Essoufflement et palpitations dès l'enfance. Depuis deux ans, signes d'urémie. Diagnostic clinique : néphrite chronique et dextrocardie.

Radio : Confirmation de la dextrocardie, ascension notable de la moitié gauche du diaphragme.

Mort d'urémie.

Autopsie. — Néphrite chronique, atrophique avec artériosclérose généralisée, hypertrophie du cœur, rétrécissement de l'aorte descendante. Tuberculose ganglionnaire cervicale. Dextrocardie avec pointe à droite. Eventration du diaphragme gauche qui forme un sac membraneux,

lisse et régulier, à insertions normales, remontant haut dans le thorax, jusqu'à la base du cœur et contenant la portion fundique de l'estomac très dilatée, la rate, le lobe gauche du foie.

Histologiquement, disparition du tissu musculaire, voûte fibreuse amincie de 1 <sup>m</sup>/<sub>m</sub> d'épaisseur, pseudo-hypertrophie graisseuse de la périphérie (4 <sup>m</sup>/<sub>m</sub>). Dégénérescence complète du nerf phrénique gauche, réduit au quart de son diamètre normal. Poumon gauche moitié moins développé que le droit et trilobé. Bord inférieur descendant à la 3<sup>e</sup> côte. Perméabilité parfaite : aucun indice de compression. Anastomose anormale de la colique médiane avec l'iliaque primitive gauche.

## OBSERVATION XII

(Stein, 1914.)

Enfant masculin, 3.310 grammes, né en état d'asphyxie blanche. On note : dextrocardie, ventre en bateau, ectopie testiculaire bilatérale. L'enfant a vécu 36 jours : cyanose et convulsions lors des prises de lait, tachycardie, tachypnée, ventre rétracté, tympanisme de l'hémithorax gauche et bruits de gargouillement. Murmure vésiculaire perçu à la base droite seulement.

Mort par suffocation le 36<sup>e</sup> jour.

Radio post-mortem après injection bismuthée trachiale : le lobe inférieur du poumon droit seul était perméable.

Autopsie. — Eventration typique du diaphragme gauche. Dôme fibreux grisâtre, remontant au 2<sup>e</sup> espace, contenant petit et gros intestin, rate, lobe gauche du foie, queue du pancréas et pôle supérieur du rein gauche. Poumon repoussé à droite. Le lobe inférieur droit seul a respiré. Les deux testicules sont dans l'abdomen.

### OBSERVATION XIII

(Weil, 1916.)

3° et 4° cas : Diagnostic de pleurésie : dextrocardie, souffle à la base gauche en arrière et murmure vésiculaire **aboli** sur un travers de main.

Radio : Permet de faire le diagnostic d'éventration. Extrême surélévation du diaphragme gauche. Enorme dilatation de l'estomac et de l'angle gauche du côlon.

### OBSERVATION XIV

(Betchow, 1917.)

H..., 44 ans. Bronchite chaque hiver. Douleurs thoraciques à gauche, dyspnée intermittente. Diagnostic d'hospitalisation : tuberculose ancienne et pleurésie récente.

Examen : dextrocardie, espace de Traube **sonore**.

Radio : A gauche image d'hydro-pneumothorax avec flot systolique visible. Mais au-dessus on identifie la coupole diaphragmatique gauche remontant au 3° espace ? Cette coupole gauche s'abaisse à l'inspiration comme à droite.

### OBSERVATION XV

(Cueudet, 1918.)

H..., 58 ans. Anamnèse : fracture de côtes à la base gauche à 20 ans. A 56 ans perte d'appétit, amaigrissement, douleurs abdominales calmées par ingestion d'aliments; anémie, langue saburrale, éructations continues. A la base gauche, en arrière, sonorité élevée, vibrations et murmure vésiculaire diminués. Cœur normal.

Radio : Coupole droite normale, la gauche forme un arc à sommet plus élevé de trois travers de doigt qu'à droite. Bulle d'air sous la coupole. La grande courbure descend à l'ombilic. Pas de déplacement du cœur (?) (mais cœur au milieu sur le schéma joint).

Opération : Laparatomie médiane sus-ombilicale. Diaphragme gauche forme une coupole intacte remontant très haut. Pas d'orifice herniaire.

Contenu : partie de l'estomac, rate, rein gauche. Il s'agit d'une éventration du diaphragme. On referme sans avoir rien fait. Suites normales. Deux ans après le malade est en bon état.

#### OBSERVATION XVI

(Rey, thèse de Bernard, Lyon, 1919.)

H..., adulte. Depuis quelques mois, points de côté gauche, toux et essoufflement. Diagnostic d'hospitalisation : bronchite.

Radio : Ascension du diaphragme gauche à 10 cm. au-dessus du droit. Ascension de la grosse tubérosité de l'estomac, dimensions anormales de la chambre à air gastrique.

Immobilité du diaphragme gauche; dextrocardie complète.

#### OBSERVATION XVII

(Ichok, 1919.)

F..., 44 ans. Troubles digestifs depuis plusieurs années, troubles cardiaques, troubles respiratoires localisés à l'hémithorax gauche.

Ant. pers. : une pleurésie gauche.

Radio : Eventration du diaphragme gauche : double ligne, diaphragme et coupole gastrique visibles dans les inspirations profondes et rapides. (L'auteur discute malformation congénitale ou acquise à la suite d'une atteinte du phrénique gauche.)

#### OBSERVATION XVIII

(Aimé et Salomon, 1919.)

F..., 20 ans. Tuberculose cavitaire du poumon gauche et troubles digestifs.

Radio : Confirmation de la tuberculose pulmonaire, mais ascension de la voûte diaphragmatique gauche. Estomac intrathoracique avec élévation du pylore. Le cardia est à sa place normale. (Malformation congénitale plutôt que rétraction consécutive à une sclérose pulmonaire, dit l'auteur.)

#### OBSERVATION XIX

(Samaja, 1920.)

H..., 45 ans. Pleurésie gauche dans ses antécédents. Eventration du diaphragme. Tuberculose pulmonaire.

#### OBSERVATION XX

(Prof<sup>r</sup> Quénu, 1920.)

H..., 45 ans. Depuis une bronchite datant de trois années, souffre de la base gauche, dyspnée d'effort. Douleurs après les repas, constipation, amaigrissement. Syndrome pseudo-pleurétique de la base gauche.

Radio : P. g. obscur. Poche à air de l'estomac plus

haute que normalement. Cœur et gros vaisseaux rejetés à droite.

Diagnostic service : gastrothorax post-pleurétique.

Mort (pas d'autopsie).

## OBSERVATION XXI

(Dœring.)

H..., 60 ans. Sans antécédents pathologiques. Pas de traumatisme. Dyspnée depuis six semaines. Tympanisme au-dessous de la 3<sup>e</sup> côte à gauche. Dextrocardie.

Auscultation : bruits intestinaux sur l'aire tympanique.  
Mort.

Autopsie. — Diaphragme droit normal, diaphragme gauche : ascension jusqu'à la 3<sup>e</sup> côte. Pas d'adhérences pleurales ni péricardiques. Poumon gauche trilobé, bronche gauche réduite.

Contenu de l'éventration : partie de l'estomac, du côlon, des anses intestinales.

Examen microscopique : vrai diaphragme. Fibres musculaires diminuées, absentes au tiers supérieur du sac. Structure pulmonaire normale.

## OBSERVATION XXII (*Inédite.*)

(Fatou et Laurent. — Malade du D<sup>r</sup> Dalché.)

H..., 61 ans. Dyspnée, bronchite, rétraction de l'hémi-thorax droit, scoliose à convexité droite, tympanisme de l'hypocondre gauche, dextrocardie sans inversion d'organes. M. Dalché pense à une éventration diaphragmatique : confirmation par la radio qui montre l'ascension du diaphragme gauche à la 3<sup>e</sup> côte. Mort.

Autopsie. — Dextrocardie (dextrotraction), pointe orientée à gauche. Sous l'hémithorax droit, bloc symphisaire pleuro-médiastino-phréno-péricardique. A gauche, surélévation de la voûte diaphragmatique jusqu'à la 3<sup>e</sup> côte formant sac contenant le côlon transverse très dilaté. et sur un plan profond l'estomac dont la grande courbure est tournée en haut; le pylore est juxtaposé au cardia. Foie vertical basculé dans le flanc droit.

Histologiquement, la pleuro-péricardite est de nature tuberculeuse.

### OBSERVATION XXIII

(Fatou-Lafourcade, 1922. — Malade du D<sup>r</sup> Caussade.)

H..., 44 ans. Sans antécédents traumatiques ni infectieux. Dès l'enfance essoufflement et palpitations de cœur dans l'hémithorax droit. Dyspnée, bronchite chronique; considéré comme tuberculeux à plusieurs reprises et réformé comme tel.

Troubles digestifs s'accroissant depuis sept à huit ans. Vomissements fractionnés après les repas; amaigrissement.

A la percussion de la face antérieure du thorax, du côté droit, la sonorité pulmonaire est normale de la clavicule à la 5<sup>e</sup> côte; du côté gauche, elle s'arrête au-dessus du mamelon (3<sup>e</sup> côte); plus bas, la tonalité varie aux différents examens suivant l'état du contenu gastrique : sonorité tympanique après ingestion de potion de Rivière, matité le plus souvent. En arrière, la percussion du poumon droit est normale. A gauche, au contraire, la sonorité pulmonaire fait place à de la matité au-dessous d'une horizontale passant par la pointe de l'omoplate, limite qui prolonge exactement celle déterminée à la face antérieure du thorax.

Dans l'aisselle, la percussion dénote au-dessous de cette même limite une zone tympanique, vraie sonorité intestinale. La palpation montre une diminution brusque, puis une abolition des vibrations vocales dans toute la zone anormale, sous-mamelonnaire et dorsale inférieure de l'hémithorax gauche.

A l'auscultation : signes de bronchite diffuse bilatérale. Il n'y a pas d'indice de localisation au sommet ni de râles suspects. La respiration est un peu soufflante au sommet gauche en arrière. Au-dessous de la 3<sup>e</sup> côte gauche en avant, il y a un assourdissement considérable brusque de la respiration. La transmission de la voix haute et chuchotée est abolie dans toute cette zone. D'autre part, si on ausculte le malade pendant qu'il boit, on perçoit à cet endroit des gargouillements et des bruits hydro-aériques. Pas de bacilles dans les crachats.

Dextrocardie.

Radio : Du côté droit, le diaphragme est à hauteur habituelle et présente une course normale de 3 cm. 5 en moyenne — dextrocardie. L'image pulmonaire n'offre rien de spécial : sommets et sinus costo-diaphragmatiques sont clairs. Diaphragme remonte à la 3<sup>e</sup> côte du côté gauche. Mouvements respiratoires de sens normal.

Mort après opération (laparatomie suivie de thoracotomie).

Autopsie : Cœur médian pointe en avant. Eventration. Le lobe gauche du foie accompagne l'ascension gastrique, le lobe droit est basculé, vertical dans le flanc droit.

#### OBSERVATION XXIV

(Papillon et Pichon, 1922. — *Eventration droite.*)

Sexe féminin, 9 mois, née avant terme (7<sup>e</sup> mois). Père

et mère bien portants. Premier enfant mort de méningite. Toux et oppression depuis un mois et demi. Pâleur générale : pas de scoliose, dépression thoracique très accusée à droite et au-dessous du mamelon droit. Même dépression moins accusée à gauche.

A chaque inspiration ces dépressions se creusent en même temps que la région xyphoïdienne se déprime : il y a un vrai tirage thoraco-abdominal, pas de tirage cervical.

Examen du thorax : matité franche au-dessous du mamelon droit, submatité au-dessus. Cœur semble normal. A l'auscultation, râles de bronchite bilatéraux.

En arrière : la percussion du côté droit décèle une matité de la base remontant jusqu'à la 5<sup>e</sup> dorsale et submatité au-dessus. Dans cette zone submate, absence complète du murmure vésiculaire, gros souffle tubaire à timbre aigu.

Radio : Dôme hépatique à la hauteur des gros vaisseaux de la base du cœur. La coupole droite est ou bien inexistente, ou bien dégénérée et réduite à une mince membrane.

Mort 8 jours après de broncho-pneumonie.

Autopsie. — Foie en dôme de locomotive. Diaphragme dégénéré, remontant à la 3<sup>e</sup> côte. Tuberculose gangliopulmonaire. Poumon droit deux fois plus petit que le gauche. Diaphragme droit membraneux, les fibres musculaires s'arrêtent à 2 ou 3 cm. de la périphérie.

## OBSERVATION XXV

(Louste et Fatou, 1923.)

H..., 59 ans. Tuberculose pulmonaire.

Radio : Ascension de l'estomac et du côlon dans le thorax.

Dextrocardie. On fait le diagnostic de hernie diaphragmatique.

Thoraco-laparatomie. Mort post-opératoire.

Autopsie. — Poumon gauche petit et déformé, trilobé. Il descend jusqu'au 3<sup>e</sup> espace seulement. Lésions caséuses bilatérales plus accentuées à gauche. Le dôme diaphragmatique gauche atteint la 3<sup>e</sup> côte. Le nerf phrénique gauche est de calibre réduit.

Contenu de l'éventration : lobe gauche du foie, angle colique gauche tout en dehors. Estomac très dilaté, pylore juxtaposé au cardia demeuré fixe. Le pancréas vertical monte jusqu'à la rate, très haut située dans la poche diaphragmatique. Tuberculose intestinale, ulcéreuse. Diaphragme droit et nerf phrénique droit normaux.

#### OBSERVATION XXVI (*Inédite.*)

(Fatou-Surmon. — Malade D<sup>r</sup> Caussade.)

H..., 52 ans, Antécédents bacillaires : ostéites dans l'enfance; n'a jamais présenté de troubles cardiaques ni de troubles gastriques. Syphilis à 29 ans, traitée. Tuberculose pulmonaire bilatérale datant de deux ou trois années. Crachats purulents, dyspnée d'efforts, fièvre modérée. Pas de scoliose. Faible ampliation thoracique à l'inspiration, égalité des deux hémithorax.

Poumons : matité et souffle caverneux aux deux sommets, silence respiratoire des deux tiers inférieurs du poumon gauche.

Cœur : Pas de pointe à la palpation, maximum des bruits à l'auscultation derrière le bord gauche du sternum.

Radio : Condensation pulmonaire tuberculeuse bilatérale. Le poumon gauche n'occupe que le tiers supérieur

de l'hémithorax ; au-dessous, coupole diaphragmatique à la hauteur de la 3<sup>e</sup> côte.

Eventration diaphragmatique contenant estomac et angle colique gauche.

Mort de cachexie tuberculeuse.

Autopsie. — Petit anévrisme de la crosse aortique, dextrocardie. Poumon gauche très réduit. Eventration diaphragmatique gauche très réduit. Eventration diaphragmatique gauche compliquée de pleuro-péritonite tuberculeuse, abcès froid pleuro-péricardique sur le trajet du phrénique gauche. Sac diaphragmatique gauche complet remontant à la 3<sup>e</sup> côte en avant, au disque 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> dorsal en arrière, contenant estomac sens dessus-dessous et 40 cm. de côlon.

Histologiquement : Diaphragme aminci envahi sur sa face pleurale par la tuberculose. Poumon gauche perméable.

---

## CONCLUSIONS

---

L'éventration du diaphragme se présente en clinique sous le masque fréquent d'une affection pleuro-pulmonaire.

Elle revêt l'allure d'une pleurésie de la base gauche ou d'un hydropneumothorax.

En outre, les complications respiratoires font presque partie de sa symptomatologie. Elles peuvent être aiguës (pneumonies), subaiguës (bronchite, pleurésie) ou chroniques (tuberculose pulmonaire, pleurale, médiastinale).

Aussi certains auteurs ont-ils pu envisager l'éventration diaphragmatique comme la conséquence d'une atteinte pleuro-pulmonaire faisant ainsi de l'éventration une affection acquise.

Avec MM. Louste et Fatou, nous croyons au contraire à la nature congénitale de l'éventration : hypothèse admise par J.-L. Petit pour son observation princeps.

Cette conviction est basée sur la coexistence d'autres malformations, sur l'existence du syndrome pseudo-pleuritique normal de l'éventration qui, en l'absence

de contrôle radioscopique, aura pu en imposer pour une pleurésie réelle.

D'où cette notion pratique : « Penser à l'éventration du diaphragme toutes les fois qu'un sujet atteint de troubles respiratoires présentera un syndrome anormal de la base gauche accompagné de dextrocardie ».

On devra pratiquer systématiquement un examen radiologique complet chez ces malades.

Vu Bon à imprimer :  
*Le Président de Thèse,*  
GILBERT.

Vu et PERMIS d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris*  
APPELL.

Vu :  
*Le Doyen,*  
ROGER.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- AIMÉ et SALOMON. — *The american Journal of Röntgenology* (August 1919, p. 376, obs. 5.)
- ARONSON. — *New York med. Journ.*, pp. 108-196, année 1918.
- BOULLAND. — *Bull. Soc. anat.*, 1846; p. 333.
- BELZ. — Ueber Eventration diaph. (*Munchener med. Wochenschrift*, 1909.)
- BETCHOW. — L'hémiatrophie congénitale du diaphragme. (*Revue méd. de la Suisse romande*, juillet 1917, p. 455.)
- CUEUDET. — Diagnostic et traitement des hernies diaphragmatiques. (*Revue suisse de Méd.*, 1918, n<sup>os</sup> 21 et 22.)
- CARNOT et PRIEDEL. — Dextrocardie par mégacôlon. (*Arch. des maladies de l'app. digestif*, tome X, n<sup>o</sup> 10, sept. 1920.)
- DOÉRING. — Ueber eventratio diaphragmatica. (*Deutsche Arch. für Klein. Med.*, 1902, Bd. 72, p. 407.)
- D'ALCHÉ-FATOU-LAURENT. — *Observations inédites.*
- FATOU-LAFOURCADE. — Un cas d'éventration diaphragmatique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, Paris, 24 mars 1922.)
- FATOU et SURMON. — *Service du Dr Caussade.* (Inédite.)
- HOWARD MARSH. — On anormal conditions of the diaphragm. (*The Lancet*, 9 mars 1867, p. 298.)

- ICHOK. — Eventration diaphragmatique. (*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, Bâle, tome 49, n° 39, 25 sept. 1919, pp. 1457-1461.)
- KÖNIGER. — Zur differential diagnose der Zwerchfellhernie und des einseitigen Iodopath. (*Munch. Med. Wochenschrift*, 1909, tome 56, n° 6, pp. 382-385.)
- KRAUSE et MEINICKE. — *Deutsch. Med. Woch.* 1909.
- LERCHE. — *Surgery gynecology and obstetric* (février 1922).
- LOUSTE et FATOU. — Un cas d'éventration du diaphragme. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1922, n° 2, p. 98.)
- LAWRENCE. — Congenital deficiency of the muscular fibres in the left half of the diaphragm. (*The Lancet*, 1852, vol. 2, p. 327.)
- MOTZFELDT. — *Société de Médecine de Christiana*, 25 sept. 1912.
- PAPILLON et PICHON. — Un cas d'éventration du diaphragme. (*Bull. de Pédiatrie*, 1922.)
- REY. — *Thèse de Bernard*. (Lyon, 1919.)
- SAILER et RHEIN. — Eventration of the diaphragm. (*American Journ. M. S.*, 1915.)
- STEIN. — Eventration du diaphragme. (*Surgery gyn. and obstetric*, tome 18, n° 5, p. 547, may 1914.)
- SAMAJA. — Eventration diaphragmatica. (*Bull. delle Scienze Mediche*, Bologne 1920.)
- THOMA. — *Virchow Archiv.*, 1889.
- TENNANT. — Partial atrophy of the diaphragm. (*Edinburgh Med. Journ.*, july 1894, p. 29.)
- WIEDENMANN. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 11, 1901, p. 279.
- WEIL. — *Deutsch. Med. Woch.*, tome 42, p. 744, 1916.

---

Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné  
13, rue de l'École de Médecine, Paris.

---





